

# Medication reconciliation

*Sikrere overføring fra sykehjem til sykehus*



Prosjektoppgave i KloK

Universitetet i Oslo, Det Medisinske Fakultet,

Institutt for allmenn og samfunnsmedisin

Januar 2010

Gruppe K-5: Benedicte Berle Broch, Stian Døvik, Torill Kaasa, Eva Laier,  
Åsmund Meen, Siri Tangen Standal(leder) og Eystein Vik

# Innholdsfortegnelse

1. Sammendrag.....	3
2. Innledning .....	4
3. Kunnskapsgrunnlaget.....	5
Er det behov for forbedring av medikamenthåndteringen i forbindelse med sykehusinnleggelse? .....	5
Har MedRec effekt mot medisineringsfeil? .....	7
Norske retningslinjer.....	8
Internasjonale retningslinjer.....	9
4. Forbedringsarbeidet .....	9
4.1 Observasjoner og praksis .....	9
4.2 Begrunnet tiltak.....	13
4.3 Indikatorvalg .....	15
5. Gjennomføring .....	16
5.1 Plan.....	18
5.2 Do.....	21
5.3 Study .....	22
5.4 Act .....	23
6. Evaluering og diskusjon.....	23
7. Referanser .....	27
8. Vedlegg.....	29

# 1. Sammendrag

**Bakgrunn og emne:** Uheldige hendelser som skyldes feilmedisinering er en velkjent årsak til skade og død i helsevesenet. En kritisk fase som kan føre feil i medisinalisten, med påfølgende feilmedisinering, er når en pasient overflyttes mellom to enheter, for eksempel ved innleggelse i sykehus. Eldre pasienter bruker ofte mange medikamenter og er spesielt utsatt for feilmedisinering. Medication Reconciliation er et system som skal sikre korrekt medisinering til enhver tid. Vi har vurdert muligheten for innføring av dette systemet i et sykehjem, med utgangspunkt i en kontinuerlig oppdatert medisinalliste.

**Kunnskapsgrunnlag:** Søk i relevante kunnskapsdatabaser og intervju med representanter fra sykehus og sykehjem bekrefter at det kan være et problem med overføring av informasjon om pasientens medikamenter ved innleggelse på sykehus. Påfølgende feilmedisinering gir økt morbiditet hos pasienter og økte kostnader for helsevesenet. Studier har vist at Medication Reconciliation kan redusere forekomsten av feilmedisinering ved innleggelse signifikant.

**Begrenset tiltak og metode:** Vi foreslår å innføre Medication Reconciliation i et sykehjem, med utgangspunkt i en detaljert medikamentliste som også skal følge pasienten ved innleggelse i sykehus. Listen skal være oppdatert med hensyn til preparatnavn, dose, administrasjonsvei, administrasjonstidspunkt, om medikamentet tas fast eller ved behov, start- og seponeringsdato, kosttilskudd og allergier samt begrunnelse for hver ordinasjon og endringer i medikamentlisten.

**Organisering:** En prosjektgruppe av nøkkelpersonell ved sykehjemmet nedsettes, og tiltaket innføres med utgangspunkt i en PDSA-sirkel. Effekten av tiltaket ønsker vi å måle ved å undersøke andel pasienter der det er tatt i bruk vår medisinalliste, i tillegg til andel av innleggelser til sykehus der det blir sendt med medisinalliste. Vi vil arrangere møter hver andre uke, der problemer kan diskuteres og resultatene fra indikatorundersøkelsene presenteres. Vi foreslår også å henge opp en graf på pauserommet som viser framgangen i prosjektet.

**Resultater/Vurdering:** Introduksjon av en kontinuerlig oppdatert medikamentliste og opplæring av personell i bruk av denne vil sikre standardisert informasjonsoverføring mellom sykehjem og sykehus. Dermed minskes risikoen for medisineringsfeil ved innleggelse av sykehjemsbeboere på sykehus, og pasientsikkerheten økes. Vi har underveis fått kjennskap til at det jobbes med å utvikle en slik liste, både internasjonalt og kommunalt, noe som gjør at det kan vurderes om vi ikke heller bør vente til disse er ferdigutviklet.

## 2. Innledning

I dagens helsevesen opplever mange pasienter unødige plager fordi tiltak som igangsettes i en enhet, ikke følges opp av resten av helsevesenet. Uheldige hendelser som skyldes feilmedisinering (adverse drug events, heretter kalt ADE) er en velkjent årsak til skade og død. Problemet skyldes i stor grad misforståelser, og mangel på god kommunikasjon mellom ulike enheter i helsevesenet(1-3). Spesielt ofte ser man at det oppstår misforståelser når pasienter overføres fram og tilbake mellom primær- og sekundærhelsetjenesten(4). Mange pasienter fortsetter derfor å ta medikamenter som egentlig er seponerte, mens andre ikke får de nye medikamentene de var tiltenkt. Dessuten får enkelte pasienter flere typer av samme synonympreparat. I tillegg til å påføre mange pasienter alvorlige bivirkninger og unødvendig lange sykdomsforløp, påfører disse feilene helsevesenet enorme kostnader(5-7). Ulike undersøkelser tyder på at så mye som halvparten av all feilmedisinering i helsevesenet i dag bunner i en kommunikasjonsbrist. Enkle tiltak for å bedre informasjonsutvekslingen i helsevesenet har i flere studier vist seg å kreve svært begrensede ressurser, samtidig som de sparer både pasienter og helsevesen for mye lidelse, tid og kostnader(8-10). Et effektivt tiltak har vist seg å være å innføre det som kalles for ”Medication Reconciliation”. I mangel på et godt norsk uttrykk som dekker dette begrepet benytter vi det engelske uttrykket i denne oppgaven. Medication Reconciliation (heretter kalt MedRec) innebærer at en pasients medisinerings granskes ved å verifisere medisinalista gjennom et grundig anamneseopptak, kontrollsjekk av at alle medikamenter har korrekt indikasjon og dosering, samt at alle endringer i medisinerings må dokumenteres nøyaktig. God og standardisert MedRec krever et godt system.

Det har vist seg at ADE hyppig inntreffer hos eldre pasienter med mange sykdommer og lange medikamentlister. Siden en stor del av denne pasientgruppen ofte er beboere på sykehjem og ofte legges inn for behandling i sykehus, vil man kunne forhindre mye feilmedisinering om man innfører et system som sikrer informasjonsflyten fra sykehjem til sekundærhelsetjenesten(11). Det er påvist at en stor andel av feilmedisinerings av pasientene skyldes at behandlende leger på sykehuset har mottatt feilaktig, mangelfull eller utdatert informasjon om hvilke medikamenter pasientene bruker (12).

Målet vår gruppe har med denne oppgaven er å belyse tiltak som kan redusere antallet ADE. Dette kan gjøres ved å innføre gode systemer som sikrer korrekt overføring av pasientenes medikamentlister mellom de ulike sektorene i helsevesenet. Målet er at dette gir et tryggere system for pasientene.

### 3. Kunnskapsgrunnlaget

Vi ønsket å besvare 2 spørsmål: 1) Eksisterer det et behov for forbedring av medikamenthåndteringen i forbindelse med sykehusinnleggelse? 2) Har MedRec effekt mot medisineringsfeil? Vi brukte de engelske uttrykk “medication reconciliation” og “adverse drug events”. Begge uttrykkene er vel anvendt i engelsktalende land. Søkene ble gjort i PubMed, Cochrane Library og Clinical Evidence (vedlegg 1). I søkeprosessen fant vi at søk på “medication reconciliation” gav artikler av større relevans enn søk på “adverse drug events”. Vi fant ingen meta-analyser på søket ”medication reconciliation” i PubMed. Derimot fantes det hele 3351 meta-analyser på søket ”adverse drug events”, men søket var for upresist for vårt formål. I tillegg besøkte vi, etter tips fra Frederik Frøen, internettsiden til Institute for Healthcare Improvement. Denne siden viser til 23 artikler som omhandler temaet MedRec(1). Vi valgte ut de mest relevante artiklene for vår oppgave.

#### **Er det behov for forbedring av medikamenthåndteringen i forbindelse med sykehusinnleggelse?**

Innleggelse av pasient på sykehus nødvendiggjør nøyaktig formidling av pasientinformasjon fra primærsektor til sekundærsektor av helsevesenet. Dette sikrer pasienten det kortest mulige sykdomsforløp under innleggelsen og de laveste kostnader for sykehuset(6). Overføringen innebærer en risiko for kommunikasjonsbrist og tap av relevant medisinsk informasjon(4;13).

Mangelfull kommunikasjon ved overføring mellom to sektorer har vist å forårsake opptil 50 % av alle medisineringsfeil samt 20 % av alle ADE (1). Ordineringsfeil medfører risiko for ADE, og følgene av disse er kostbare for både pasient og sykehus. Evans et al undersøkte i 1994 forekomsten og følgene av ADE hos 786 pasienter (10542 kontrollpasienter) innlagt på LDS Hospital, Utah. Evans et al fokuserte på variasjonen i lengden av sykehusinnleggelsen og utgiftene som følge av ADE. Studien konkluderte med at ADE fører til økt innleggingsvarighet (8,19 dager vs. 4,36 for kontrollpasienter) samt økte utgifter for sykehus (\$10584 vs \$5350 for kontrollpasienter) og dermed større kostnader for det nasjonale helsevesenet(5). Disse funn ble bekreftet av samme forskningsgruppe under Classen (1997)(6).

Feil i medisinerordinasjoner forekommer ofte ved innleggelse på sykehus. Tam et al publiserte i 2005 en meta-analyse av 22 studier med i alt 3755 pasienter relatert til hyppighet, type og klinisk betydning av feil i medisinerlisten ved sykehusinnleggelse. Sammenfatningen av studiene viste

uoverensstemmelse mellom ført medisinaliste og detaljert medisinsk anamnese ved innleggelse i opp til 67 % av alle kasus. 10-61 % av pasientene å få ordinert et medikament som de ved minst en anledning ikke fikk, mens 13-22 % av pasientene opplevde at de ved minst en anledning fikk et medikament som ikke var ordinert. Av de 22 studier skilte 5 eksplisitt mellom utilsiktede avvik og tilsiktede terapeutiske endringer ved gjennomgang med ordinerende lege. Disse studiene fant at det var 19-75 % utilsiktede avvik. I 6 av studiene ble det vurdert at 11-59 % av medisinfeilene hadde klinisk betydning. Konklusjonen var at det er et stort behov for en sikring av korrekt medisinaliste ved innleggelse på sykehus(3).

Medisineringsfeil kan forårsake klinisk tilbakegang for pasienten. Cornish et al undersøkte i en prospektiv enkeltstudie forekomsten av uoverensstemmelser mellom ført medisinaliste og detaljert medisinsk anamnese ved innleggelse. Studien inkluderte 151 pasienter som ble innlagt på en generell indremedisinsk avdeling gjennom en 3 måneders periode i 2003. Gruppen fant at 81 pasienter hadde minst ett utilsiktet avvik (53,6 %, 95 %-CI: 45,7 % -61,6 %). Hyppigste avvik (46,4 %) var utelatelse av et medikament. Over en tredel (38,6 %) av medikamentavvikene hadde potensial til å medvirke til klinisk tilbakegang. Således understreket også denne enkeltstudien viktigheten av en korrekt medikamentliste for å unngå medisineringsfeil og ADE(2).

Ved innleggelse er det risiko for medisineringsfeil når innleggende lege ikke er tilstrekkelig informert om en pasients medikamentbruk. Frei, Huber et al vurderte medikamentlistene til 103 pasienter som ble elektivt innlagt på sykehus. Uoverensstemmelser mellom henvisningsbrevens medisinaliste, pasientens personlige medisinaliste og medikamentanamnese ble analysert. Resultatet viste at 9 % av alle medisiner som ble tatt bare ble nevnt når en systematisk medikamentanamnese ble anskaffet, men var ikke oppgitt i hverken henvisningsbrevet eller i pasientens egen medisinaliste. Bare 88 % av henvisningsbrevene inneholdt pasientens medisinaliste. Hele 21 % av generiske legemidler ble feilaktig dokumentert som originaler i henvisningsbrevet. Under 50 % av pasientene som tok fire eller flere legemidler hadde en skriftlig instruksjon om hvordan de skulle ta sine medisiner. I alt 86 medikamenter, som faktisk ble tatt av pasientene, var ikke identiske med de som stod i henvisningsbrevet eller medisinalisten. Dette skapte usikkerhet om hvordan medisinalisten burde være ved utskrivelse. Medisineringen ble endret hos 25 % av alle pasienter ved sykehusutskrivning. Konklusjonen var at instruksjon til pasienter som tar flere legemidler og informasjon i henvisningsbrev må forbedres. Disse resultatene understreker betydningen av at pasienten har en medikamentliste ved innleggelse i sykehus(12).

Studier har vist at beboere på sykehjem ikke alltid får de korrekte medisinerne. Kartlegginger i

sykehjem og hjemmesykepleie i Norge har avdekket utbredt forekomst av systemproblemer, som kan føre til feil i administreringen av legemidler(14). Denne kartleggingen, som ble gjort av Statens Helsetilsyn viste at bare to tredjedeler av muntlige forskrivninger av legemidler ble bekreftet skriftlig, og at administrering av legemidler ofte er basert på annenhåndsdokumentasjon (registrert i 12 - 80 % av tilfellene). Kvittering for gitt legemiddeldose skjer bare i mellom 30 - 50 % av tilfellene. Rutiner for oppfølging av feil finnes kun i ca 50 % av de institusjonene som er undersøkt. Ytterligere er det dokumentert betydelige mangler i informasjonsoverføringen når pasienter flyttes fra et omsorgsnivå til et annet. En svensk studie fra 2005 evaluerte hyppigheten og typen av feil ved overflytting av 69 eldre pasienter (> 65 år) mellom primærhelsetjenesten og sykehus. Disse pasientene var beboere på sykehjem eller i egne hjem med pleie fra den offentlige hjemmetjeneste. Studien undersøkte medisineringsfeil ved både innleggelse og utskrivelse og identifiserte 142 medisineringsfeil blant 758 medisinoverføringer(15).

Som del av et stort legemiddelkortprosjekt ved Nasjonalt senter for telemedisin ved Universitetssykehuset Nord-Norge publiserte Bakken et al i 2007 en kvalitativ studie av legemiddelbruk i primærhelsetjenesten i Tromsø. De ønsket å belyse aspekter av feilmedisinering knyttet til mangelfull kommunikasjon mellom ulike behandlere og sektorer. Representanter for allmennlegekontorer, sykehjem, hjemmetjeneste, psykiatrisk hjemmetjeneste, nattjeneste og sykehus ble intervjuet. Undersøkelsen viste at det manglet fornuftige rutiner for informasjonsoverføring om pasienter i primærhelsetjenesten. Korrekt informasjon om pasienters medisinering var vanskelig tilgjengelig og tidkrevende å oppspore for leger og omsorgspersoner. Dette skapte frustrasjon ved informasjonsoverføring mellom helsepersonell. Forfatterne påpekte at en felles elektronisk medikamentliste i primærhelsetjenesten kunne medvirke til en mer effektiv og komplett informasjonsoverføring, samt en forbedring av pasientsikkerheten(16).

### **Har MedRec effekt mot medisineringsfeil?**

Forskjellige studier har prøvd ut ulike intervensjoner for å identifisere og korrigere medisineringsfeil ved både innleggelse og utskrivning. Vira et al innførte et program hvor pasientenes medisinoordinasjoner ved innleggelse på sykehus ble sammenholdt med medisinbruk før innleggelsen. Informasjon om medisinbruk før innleggelsen ble innhentet ved intervju av pasienter, omsorgspersoner og ansvarlige helsekontakter utenfor sykehus. Ved utskrivning ble medisinbruk før og under innleggelse sammenholdt med utskrivningsnotat og utskrivningsordinasjoner. Av de 60 inkluderte pasienter hadde 60 % et utilsiktet avvik, og 18 % av pasientene hadde minst et klinisk signifikant avvik. Ingen av disse avvik ble oppdaget ved vanlig klinisk praksis. MedRec forhindret 75 % av de 20 klinisk signifikante avvik som ville ha gjort at pasienten ble skadelidende(17).

Multidisiplinære tiltak har vist å kunne redusere utilsiktede medisineringsavvik ved innleggelse på sykehus. Wortman (2008) vurderte et slikt multidisciplinært tiltak, som ble innført i 2006 og fortsatt er i bruk på et kanadisk distriktssykehus. I akuttmottaket innhenter en sykepleier liste over faste medisiner fra pasient og pårørende. Kopi sendes til sykepleier på sengepost, som sjekker medisinen mot opplysninger fra apotek og fastlege. Om nødvendig utarbeides ny medisinliste. Denne danner basis for ny ordinasjonsform, som evalueres og underskrives av ordinerende lege og suppleres med eventuelle nye medisiner. Denne listen linkes til en farmakologisk database og følger pasienten under innleggelsen som en "reconciliation of medication form". Under innleggelsen revideres alle ordinasjoner av farmasøyt. Ved denne metoden er utilsiktede avvik redusert fra 14 % ved innleggelse i første kvartal av 2006 til mindre enn 5 % ved både innleggelse og utskriving i første kvartal av 2008(18).

En randomisert kontrollert studie undersøkte effekten av en elektronisk oppdatert medisinliste. Intervensjonen var et datastyrt verktøy for medisinliste. Prosessen for håndtering av denne involverte leger, sykepleiere og farmasøyter. Blant 160 kontrollpasienter var det 230 tilfeller av medisineringsfeil (1,44 per pasient), mens det blant 162 kaspasienter var 170 tilfeller av medisineringsfeil (1,05 per pasient) (justert relativ risiko [ARR], 0,72, 95 % konfidensintervall [CI], 0,52 -0,99). De konkluderte at en elektronisk oppdatert medisinliste reduserte antall potensielt skadelige medisineringsfeil(19).

Terrell et al har vist at bruk av et standardisert skjema ved overflytting av pasienter fra sykehjem til sykehus kan minske risikoen for at viktig informasjon tapes under transisjonen. Skjemaet inneholder 11 punkter, inkludert en medisinliste. Det ble brukt ved innleggelser fra ti forskjellige sykehjem til ett medisinsk akuttmottak. Resultatet ble en økning på 19,3 % [95 % CI: 4 % - 34,7 %] av andelen pasienter (56 av 72) med korrekt dokumentasjon ved innleggelsen(20).

### **Norske retningslinjer**

Det eksisterer i dag ikke spesifikke nasjonale retningslinjer for når og hvordan en pasients medisinliste skal benyttes. Det eksisterer allikevel et overordnet regelverk som skal ivareta pasientens interesser på dette området. Det er satt krav til pasientjournalens innhold i Helsepersonelloven §§ 39 og 40, samt journalforskriften. God yrkesskikk for de ulike helsefaggruppene gir også føringer for hvordan pasientjournalen bør utformes.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at det skal opprettes en nasjonal kjernejournal som et nytt



innsatsområde. En kjernejournal skal inneholde vital, overordnet informasjon om den enkelte pasient. En av årsakene til initiativet er behovet for riktige, oppdaterte medisinsopplysninger hos helsepersonell som samarbeider om behandling av pasienter(21). Helsedirektoratet gjennomførte høsten 2009 en utredning om hvordan videre arbeid med etablering av nasjonal kjernejournal skal innrettes og i den forbindelse har Trondheim kommune vært et fyrtårn. De har hatt et prøveprosjekt med elektronisk medisineringskort(22).

### **Internasjonale retningslinjer**

Det finnes oss bekjent ingen internasjonale retningslinjer for håndtering av et medikamentsystem for pasienter. WHO har ledet utarbeidelsen av Standard Operating Protocols (SOP) på 5 utpekte satsingsområder for å bedre pasientsikkerheten, populært kalt “The high five initiative”. Et av disse er “assuring medication accuracy at transitions in care”(23). Vi kontaktet WHO per mail i håp om å skaffe oss informasjon om hvorvidt SOP var tilgjengelig for oss. Vi fikk svar fra Agnès Leotsakos i WHO, som informerte om at SOP nå testes ut i utvalgte sykehus som er med i “High 5- prosjektet”, og at denne ikke var tilgjengelig for oss i Norge, da vi ikke er et av landene som er inkludert i prosjektet.

## **4. Forbedringsarbeidet**

### **4.1 Observasjoner og praksis**

Vi var i kontakt med ansatte ved tre sykehus og tre sykehjem og fikk vite hvilke erfaringer de har når det gjelder kommunikasjon om medisinliste ved innleggelse fra sykehjem til sykehus.

#### **Sykehus**

Herlof H. Herlofsen er lege i spesialisering ved medisinsk avdeling, Diakonhjemmet sykehus.

Han meddeler at det kan være et problem at en ikke vet hvilke medisiner pasientene som legges inn fra sykehjem bruker, men som oftest følger en medisinliste med pasienten. Han har inntrykk av at kvaliteten på systemene til sykehjemmene varierer betydelig. Dersom medisinlisten mangler får de den tilsendt via faks eller sykepleier i akuttmottaket ringer sykehjemmet og de får som regel medisinlisten i hende innen 1 time. Han har inntrykk av at dette skjer ved under halvparten av innleggelsene, men ved akutte hendelser (feks. lungeødem) har de ofte ikke medisinlisten. Han tror ikke han har opplevd at det har oppstått problem fordi han ikke var informert om medisinbruken til pasienten, men synes det er vanskelig å vite. Som forslag til forbedring har han at det innføres et «kort» med medisinlisten som skal oppdateres og alltid følge pasienten (som et Marevankort) eller

via data, feks en «chip». Vedlegg 2.

Aud Turid Remmen er sykepleier ved Diakonhjemmet Sykehus. Hun var tidligere bydelskoordinator for Ullern, Frogner og Vestre Aker. På midten av 1990-tallet jobbet hun med et prosjekt der de først kartla behov for bedre oppfølging av medisinalisten til pasienter som skulle utskrives til sykehjem fra sykehus. Deretter innførte de et system der farmasøyt ved sykehuset fikk beskjed dagen før en pasient skulle utskrives og fysisk gikk til avdelingen og gikk gjennom medisinalisten. Etter samtale med lege der det ble klarert at riktige medikamenter sto på listen, ble det laget en dosett for den første uken etter utskrivelse. Dette har ikke blitt systematisk evaluert, men har fått mange gode tilbakemeldinger. I senere tid har hun prøvd å kartlegge behov for et bedre medikamentsystem ved utskrivelse av pasienter tilknyttet hjemmetjenesten. Dette viste et klart behov. Hun meddeler også at Oslo kommune for tiden jobber med et prosjekt der medisinaliste og annen vesentlig informasjon holdes oppdatert i IT-systemet "Geric" (som benyttes ved mange sykehjem i Norge) og enkelt kan printes ut og sendes med pasienten ved en innleggelse i sykehus.

Benedicte Berle Broch har jobbet som lege ved akuttmottaket på Bærum sykehus. Her er det erfaringsmessig ikke noe problem med å få medisinalistene til sykehjemspasienter i Bærum kommune, da pasientene alltid har med seg en oppdatert og oversiktlig medisinaliste. Pasienter som legges inn fra andre kommuner har ikke alltid med seg medisinaliste og det kan by på tidsmessige og praktiske problemer. Hun har hatt et par negative erfaringer med å ringe til sykehjem og spørre etter medisinalisten til pasienten og det blir veldig raskt misforståelser når denne informasjonen skal overføres muntlig. Heldigvis er det ved godt under halvparten av innleggelsene at pasienten legges inn uten å ha med medisinaliste. (Vedlegg 3)

Problemstillingen ble tatt opp under et morgenmøte ved medisinsk avdeling ved sykehuset i Kongsberg. Oppfatningen her var at det veldig sjeldent forekom at en pasient ble langt inn fra sykehjem uten å ha med medisinaliste, og at dette sjeldent førte til feilmedisinering. Problemet har blitt mye mindre etter at egne komiteer har utarbeidet retningslinjer for samarbeidet mellom sykehuset og sykehjemmene i Kongsberg. Oppfatningen var at feilmedisinering svært sjelden førte til uønskede medikamentutløste hendelser. Legene ved sykehuset i Kongsberg hadde inntrykket av at problemet var større for pasienter som ble lagt inn fra hjemmet.

### **Erfaringer fra sykehusleger.**

	Forekommer	Fører dette til	Fører dette til
--	------------	-----------------	-----------------

	manglende medikamentinformasjon ved innleggelsere fra sykehjem?	feilmedisinering?	uheldige mediukamentutløste hendelser?
Diakonhjemmet Sykehus	Ja.	Ja, ved akutte innleggelser.	Antakelig veldig sjelden eller aldri.
Bærum Sykehus	Aldri fra Bærum kommune, iblant fra Asker kommune.	Ja.	Ja, mest sannsynlig.
Kongsberg Sykehus	Ja, men sjeldent.	Ja, men sjeldent.	Meget sjeldent.

## Sykehjem

Pernille Bruusgaard er sykehjemslege ved Smestadhjemmet i Oslo. Hun forteller at vakthavende sykepleier ved avdelingen har ansvar for å kopiere medisinkort, henvisning, siste journalnotat og sykepleierapport som sendes med pasienten ved innleggelse i sykehus. På kveldstid, om natten, i helger og i ferier har vakthavende sykepleier eller hjelpepleier ansvaret for dette. Hun tror likevel det forekommer at pasienter fra deres sykehjem legges inn i sykehus uten tilstrekkelig informasjon når det gjelder deres medisinbruk, men aner ikke hvor ofte dette skjer. Hennes oppfatning er at det faste personalet er ganske flinke til dette, men at bruk av mange vikarer gjør at rutinene svikter iblant. Når pasientene kommer tilbake til sykehjemmet syns hun medisinlistene alt for ofte er rotete og utydelige, og de må ofte ringe og etterlyse epikrisen. (Vedlegg 4)

Sykepleier ved Stabekk bo- og behandlingshjem, Birgit Kaasa, informerte oss om at de til enhver tid har en medisinliste som printes ut og sendes med pasienten ved sykehusinnleggelse. Malen for denne listen er utarbeidet av Bærum kommune. Medisinlisten signeres av ansvarlig lege etter hver visitt, så den er alltid oppdatert. De har bare fått positive tilbakemeldinger fra sykehusene og de har hørt at andre kommuner også ønsker å ta i bruk lignende prosedyrer/rutiner som dem. Hun sier det kan tenkes at de glemte å legge ved medisinlisten i en hastesituasjon, men hun har selv ikke vært med på at det har skjedd.

Under intervju med praksiskoordinatoren mellom primær- og sekundærhelsetjenesten i Kongsberg, Leif Erik Tobiasson, kom det fram en klar forskjell mellom sykehjem som ligger i by og i bygd. I bygdene tilsa hans erfaring at man ordnet de fleste akutte hendelser lokalt, og stort sett la pasienter inn på sykehus elektivt. I slike tilfeller følger nesten alltid medisinlista med. Fra sykehjemmene i

byen legges det derimot inn langt flere pasienter akutt. I perioder med utelukkende ufaglært arbeidskraft på jobb (ferier, netter og helligdager) skjer slike innleggelser ofte uten at informasjon om fast medisinerer følger med. Dette lar seg reflektere i tilbakemeldingene fra seksjonslederen ved Skinnarberga Bo- og rehabsenter i Kongsberg by, Rannveig Aaker, som mente at det forekom at de la beboere inn i sykehus uten å informere om medikamentbruket deres. Sykepleier Gro Kjersti Meen ved Flesbergstunet bo- og servicesenter mente at de aldri la inn beboere til sykehus uten oppdatert medikamentliste.

### **Erfaringer fra ansvarshavende på tilknytt sykehjem.**

Sykehus	Tilknytt sykehjem	Har dere et system som skal sikre at sykehuset får informasjon om medisinering ved innleggelser?	Legges pasienter fra dere inn på sykehus med manglende medikamentinformasjon?
Diakonhjemmet	Smestadhjemmet	Ja.	Ja.
Bærum	Stabekk	Ja.	Nei.
Kongsberg	Flesbergstunet (bygd)	Ja.	Nei.
	Skinnarberga (by)	Ja.	Ja.

Informasjonen vi får fra sykehusene tyder på at pasientene som legges inn fra sykehjem oftest har med medisinliste, og at de syns kommunikasjonen i det store og hele fungerer bra. En betydelig variasjon i kvaliteten på kommunikasjon om medisiner ved de ulike sykehjemmene tyder likevel på at det er rom for forbedring. En manglende medisinliste kan føre til stor bruk av tid og ressurser og at faren for feilkommunikasjon øker. Det er behov for et system som sikrer at pasienten har med seg medisinliste også i akutte situasjoner. Erfaringene fra Bærum sykehus og sykehjemmene i Bærum kommune tyder på at en standardisert medikamentliste er et effektivt forebyggende tiltak mot medisineringsfeil. I sykehjemmene her har de lyktes med å innføre bruken av medikamentlistene som en integrert del av den kontinuerlige, medisinske evalueringen av alle beboerne. De benytter altså lista i en MedRec-prosess.

Ansatte ved sykehjemmene mener også at pasientene oftest blir lagt inn med oppdaterte medisinlister. Ved noen sykehjem har de inntrykk av at medisinlistene følger pasienten fordi flinke sykepleiere og sykehjemsleger sørger for dette på egenhånd, uavhengig av et godt fungerende

system. Det er et problem når ufaglærte og vikarer er på jobb, særlig i helger, ferier og helligdager. Selv om problemet rammer en mindre del av sykehjemsbeboerne som legges inn, kan konsekvensene for de det gjelder være store. Dette tydeliggjør behovet for en bedring av systemet.

## 4.2 Begrunnet tiltak

Vårt forslag til tiltak er to-leddet. 1) Et sykehjem skal innføre MedRec med utgangspunkt i en standardisert medisinaliste. 2) De ansatte ved sykehjemmet skal printe ut og sende med medisinalisten når en beboer legges inn på sykehus.

I avsnittet ”Kunnskapsgrunnlaget” har vi vist at innføring av MedRec er et effektivt tiltak for å minimere medisineringsfeil i helsevesenet. MedRec defineres av Institute for Healthcare Improvement (IHI) som en prosess som fører til utarbeidelse av en nøyaktig medisinaliste. Listen må inkludere medikamentnavn, dose, hyppighet og ordineringsform. MedRec involverer sammenlikning, kontrollering og oppdatering av medisinalisten med legens ordinasjoner ved innleggelse til, overflytting mellom eller utskrivning fra ulike helseinstitusjoner. Tre trinn er nødvendige for en god MedRec-prosess: Verifisering (basert på anamnese, klinisk undersøkelse og parakliniske undersøkelser), klarering (riktig dose og indikasjon, samt vurdering av nåværende og mulige fremtidige bivirkninger) og dokumentasjon (årsaken til medisinforskrivingen)(6).

WHO og IHI har i forbindelse med multinasjonale prosjekter for forbedring av helsetjenester (”High 5’s” og ”5 millions lives”) forsøkt å utarbeide en optimal medikamentliste. Norge er ikke en del av dette prosjektet og etter forespørsel ønsket de ikke å la oss få se listen, som fortsatt er under utprøving og kvalitetsforbedring. I 2006 gav IHI imidlertid ut en veiledning til forebygging av ADE, der de skisserte hva som bør være med i en slik liste. I tillegg til denne har vi fått flere tilbakemeldinger på at medisinalisten som brukes av alle sykehjem i Bærum kommune, og som fungerer svært godt. Vi har i arbeidet latt oss inspirere av disse (vedlegg 5).

Vi foreslår at sykehjemmet innfører en elektronisk medisinaliste som inkluderer preparatnavn, dose, doseringstidspunkt og administrasjonsvei. Vitaminer, kosttilskudd og eventuelle helsekostpreparater skal også være med. Videre er det viktig å få frem eventuell medikamentallergi eller matvareintoleranse. Det skal framgå om preparatene skal tas fast eller ved behov, samt starttidspunkt av behandling og eventuelt planlagt seponeringsdato, noe som særlig gjør seg gjeldene ved antibiotikaforeskrivning. Når legen initierer, endrer dose eller seponerer et medikament skal medikamentlista oppdateres. Det skal skrives ned korte begrunnelser for hvorfor

medikamentene gis og endringer som gjøres. På denne måten vil alt helsepersonell til en hver tid lett kunne sette seg godt inn i medisineringsen av hver enkelt pasient.

Implementering av den standardiserte medisinslisten i sykehjemmet vil være det første av de to leddene i prosjektet vi skisserer. Etter hvert som medisinslista implementeres i sykehjemmet, skal det andre leddet av tiltaket settes i gang. Dette går ut på å sikre at pasientene får med seg listen sin hver gang de overflyttes til andre helseinstitusjoner, i praksis innleggelse til sykehus. Vakthavende sykepleier får ansvar for å printe ut og sende med pasientens oppdaterte medisinsliste ved en overflytting.

Som vist i avsnittet "Kunnskapsgrunnlaget" oppnår man det største utbyttet ved innføring av MedRec når informasjon skal overføres mellom ulike institusjoner i helsevesenet. Innføringen av første ledd av vårt tiltak vil sikre at medisinslistene til en hver tid er oppdaterte, mens annet ledd sørger for overføring av informasjonen til sykehus når sykehjemsbeboerne legges inn. En oppdatert og korrekt medikamentliste vil være særlig verdifull når pleiepersonell som ikke kjenner pasienten fra før, som på sykehus, skal styre medikamentene. Det er i denne fasen man er særlig utsatt for feilmedisinering, misforståelser og alvorlige ADE. Selv om det er personalet som sykehjemsbeboeren omgås til daglig som innfører systemet MedRec, vil den største gevinsten oppnås når annet pleiepersonale i perioder overtar ansvaret for sykehjemsbeboeren.

I veiledningene for MedRec fra WHO og IHI, er det anbefalt å innledningsvis innføre systemet mellom to ledd i helsevesenet. En slik gradvis innføring av systemet har vist seg å hindre at omveltningene blir for dramatiske til at de kan følges opp skikkelig(1;23). Sykehjem er et fornuftig sted å starte siden man her har en godt definert, stabil og oversiktlig populasjon å innføre systemet i. Dermed kan man lettere vurdere hvor godt det fungerer. I denne oppgaven foreslår vi derfor at tiltaket skal innføres i sykehjem, og ved overføring til sykehus. Målet med MedRec vil på sikt være å innføre systemet i alle deler av helsevesenet, men dette går utenfor vår oppgave.

Med bakgrunn i tilbakemeldingene vi har fått, er Smestadhjemmet et sykehjem som kunne profittere på å få innført et MedRec-system. Smestadhjemmet eies og drives av Oslo Kommune, Bydel Ullern og sogner til Diakonhjemmet Sykehus. Smestadhjemmet består av fire sykehjemsposter, herunder en liten post med korttids-/rehabiliteringsplasser, to store somatiske sykehjemsposter og en post med plasser for personer med aldersdemens.

En motforestilling mot tiltaket er at sykehjemslege og annet personale, som allerede er utsatt for

hardt tidspress, kan oppfatte medisinalisten som en ekstra arbeidsbelastning. En oversiktlig medikamentliste, med lett tilgjengelig og oversiktlig informasjon, vil imidlertid mest sannsynlig være arbeidsbesparende på sikt. En vil samtidig bli direkte konfrontert med indikasjonen for alle medikamentene pasienten får, og dermed bli utfordret til å unngå unødvendig polyfarmasi og feilmedisinering. I tillegg må det regnes som en stor motivasjonsfaktor for sykehjempersonalet at systemet i mangfoldige studier har vist så gunstige konsekvenser for sykehjemsbeboerne. Det er derfor sentralt at de ansvarlige for prosjektet informerer godt om de store gevinstene ved prosjektet. Innføringen av listene krever ikke ekstra bemanning og kan gjennomføres med få økonomiske kostnader.

Det finnes mange innfallsvinkler for å endre deler av helsevesenet. Oppsummert i tabellen under er noen av de mest brukte tiltakene kategorisert ut fra hvor effektive de er.

Meget effektive tiltak	Moderat effektive tiltak	Mindre effektive tiltak
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teknologiske barrierer</li> <li>• Prosessforenkling</li> <li>• Standardisering</li> <li>• Endringer i enhetens fysiske utforming</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redusere arbeidsbelastning</li> <li>• Forbedring av IT-systemer</li> <li>• Redusere forstyrrelser</li> <li>• Sjekklistor og andre støtteverktøy</li> <li>• Styrket dokumentasjon av prosedyrer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dobbeltkontroll</li> <li>• Advarsler og merking</li> <li>• Nye retningslinjer</li> <li>• Undervisning</li> </ul>

Redigert etter [www.pasientsikkerhet.no](http://www.pasientsikkerhet.no) (Fra "Actions & Outcomes" i [NCPS Root cause analysis tool](http://www.ncps.org.uk) - VA Dep. National Centre for Patient Safety, USA.)

Vårt tiltak er en standardisering av en prosess, som eliminerer muligheten for at tilfældigheter skal kunne føre til feil under behandlingen av pasientene. Dette regnes som et meget effektivt tiltak for å bedre helsevesenets kvalitet.

### 4.3 Indikatorvalg

En god indikator er nødvendig for å kunne vurdere om tiltaket vårt virkelig blir satt ut i praksis. En indikator kan defineres som «en statistisk verdi som gir en indikasjon på hvordan prosesser fungerer, eller om bestemte resultater er oppnådd» (Joint Commision 1994).

*Hva kjennetegner en god indikator?*

En god indikator må være(24):

- a) Gyldig (valid); den måler det vi ønsker å måle
- b) Pålitelig (reliabel); målingene er nøyaktige slik at de blir presise, riktige og måles likt over tid
- c) Følsom (sensitiv); at den greier å fange opp en eventuell endring
- d) Spesifikk; at påviste endringer er reelle
- e) I tillegg må det være mulig å lage klare kriterier for indikatoren

### *Vårt indikatorvalg*

For å kunne si om prosjektet vårt er vellykket må vi først og fremst finne ut om vår medisinliste blir tatt i bruk. Vi ønsker i tillegg å kontrollere at medisinlisten følger pasienten ved overflytting til en annen sektor i helsevesenet. Vi ønsker dermed å benytte 2 indikatorer.

Den første indikatoren går altså ut på å undersøke hvor stor andel av pasientene der sykehjemslegen har tatt i bruk vår medisinliste. Dette kan gjøres ved å gå gjennom pasientenes elektroniske journaler og registrere andel pasienter der journalen er oppdatert med vår medisinliste. Alle de aktuelle punktene i medisinlisten må være utfyllt. En feilmargin er at vi risikerer at legen er slurvete og bare fyller inn noen av pasientens medikamenter. Det bør derfor informeres om at alle medikamentene en pasient bruker må føres inn i den nye medisinlisten samtidig. Vi mener at dette ikke er for mye å forlange av en lege. Med disse forhåndsreglene mener vi at indikatoren blir pålitelig. Det forventes en sterk økning i andel pasienter med ny medisinliste, fra 0% før prosjektet til nær 100% mot slutten, og denne endringen vil lett fanges opp med denne indikatoren.

Vi ønsker i tillegg å kontrollere om medisinlisten følger pasienten ved innleggelse i sykehus. Det blir logget i it-systemet på sykehjemmet hver gang en medikamentliste blir skrevet ut, og ved hjelp av it-ansvarlig kan vi få ut denne informasjonen. Vi kan da undersøke hvor stor andel av pasientene som er blitt innlagt på sykehus som har fått utskrevet medikamentliste i forbindelse med innleggelsen. Dette er en gyldig indikator, da vi ønsker å øke andel pasienter som får med seg liste. Den vil også være følsom for endringer og det er lett å lage enkle kriterier. Det kan imidlertid tenkes tilfeller der det skrives ut en liste uten at denne følger pasienten til sykehuset. Vi velger imidlertid å bruke denne indikatoren likevel fordi den er så lett gjennomførbar og fordi dette er en viktig del av tiltaket vårt.

## **5. Gjennomføring**

G. Langley og T. Nolan har utarbeidet den internasjonalt mest brukte modellen for

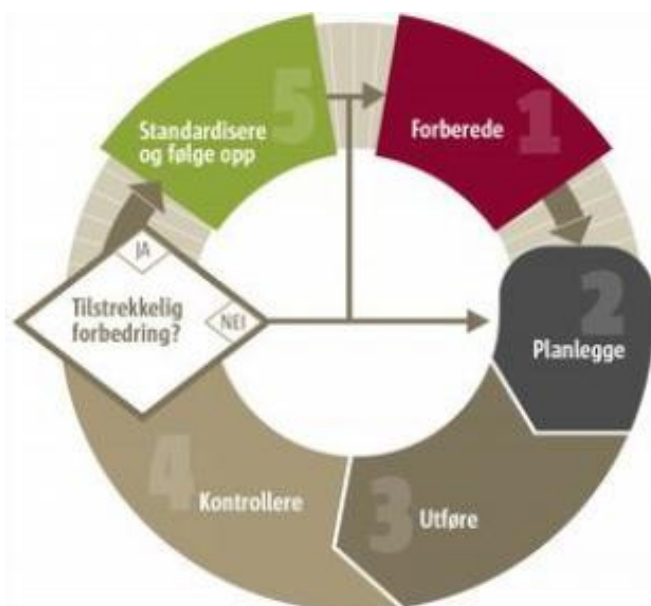


kvalitetsforbedring. Modellen består av 2 deler(25):

Del 1 består av tre grunnleggende spørsmål som gruppen bør stille seg før en går i gang med forbedringstiltak:

- a) Hva ønsker vi å oppnå?
- b) Når er en endring en forbedring?
- c) Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?

Del 2 er en forbedringssirkel som kalles en PDSA-sirkel (Plan-Do-Study-Act), Demings sirkel eller på norsk PUKK (Plan-Utføre-Kontrollere-Korrigere/standardisere):



PDSA-sirkelen baserer seg på en «prøve-og-lære»- tilnærming. Den kan sees på som en systematisk problemløsningsmetode i 4 faser. Sirkelen gir rammeverket for effektivisering av forandring ved å planlegge forandringen, prøve den, observere konsekvensene og handle etter hva en lærte av konsekvensene. Alle de 4 trinnene er viktige. Ofte blir en forandring prøvd ut men ikke evaluert, og derfor lærer en ikke noe nyttig av det. Gjentatte PDSA-sirkler kan generere en dyp forståelse for komplekse systemer og gi betydelig forbedring raskt(26).

Ut fra svarene i Del 1 iverksettes utprøving av tiltak ved bruk av trinnene i PDSA-sirkelen:

1. Plan – Planlegging innebærer å avklare situasjonen i øyeblikket, fastsette de mål man vil nå og kartlegge nødvendige tiltak for å nå målene. Det hører også med å sørge for at deltagerne har kunnskap og at nødvendige ressurser (eks. folk, tid, penger) er tilgjengelige.

2. Do – I denne fasen utføres endringen i et forsøk på en mindre testgruppe eller hele gruppen.  
Iverksetting av de planlagte tiltakene.
3. Study – Kontroll av resultatene. Innsamling og analyse av resultatene i forhold til satte mål.  
Har den nye prosessen et nivå av utførelse og/eller naturlig variasjon som er bedre enn i den gamle prosessen?
4. Act – Korrigering. Det gjøres en oppsummering av prosessen basert på evalueringen i trinn 3.  
Dersom man har funnet en god løsning starter man tiltak som sikrer at den blir innført som rutine og standardisert i hele organisasjonen. Ved avvik må man enten korrigere planen eller justere målene.

Under har vi laget et forslag til hvordan vårt prosjekt kan gjennomføres på for eksempel Smestadhjemmet ved hjelp av denne modellen for forbedring. Vi har i denne KloK-oppgaven gjort del 1 av prosjektet, mens det pågjeldende sykehjem selv må gjennomføre stegene i PDSA-sirkelen.

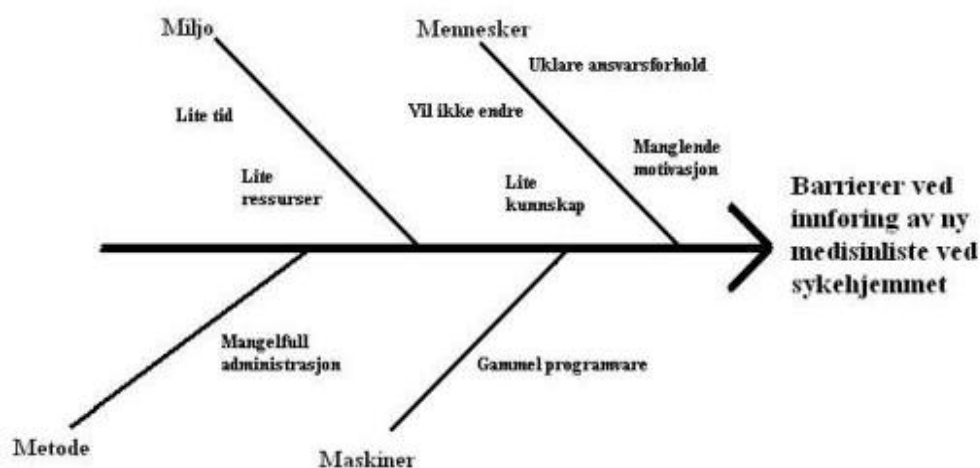
## **5.1 Plan**

Først og fremst er det viktig å sette ned en prosjektgruppe. Denne må innholde nøkkelpersonell ved sykehjemmet, som sykehjemslege og avdelingssykepleier. Det er viktig at representanter for pleiepersonalet er med, derunder sykepleier og hjelpepleier som kjenner daglige rutiner. Det bør være med datakyndig personale i prosjektgruppa.

En norsk studie fra 2001 viste at grupper der deltagere hadde ensartet bakgrunn, arbeidet mer konstruktivt med kvalitetsforbedringsprosjekter enn tverrfaglige grupper(27). Vi tror likevel det er best med en tverrfaglig gruppe for dette prosjektet, da endringen vil være vanskelig å implementere uten forankring i alle yrkesgrupper som blir involvert. Den samme studien viste at det var en ulempe dersom slike grupper ble ledet av en uten erfaring fra tilsvarende prosjekter. Vi foreslår derfor at lederansvaret blir gitt til en som har erfaring med prosjektledelse, og fortrinnsvis også noe innsikt i kvalitetsforbedringsprinsipper. Det vil være en fordel om ledelsen ved sykehjemmet er involvert i prosjektet, enten direkte som medlem i prosjektgruppen, eller indirekte gjennom aktiv oppfølging av prosjektet. Det er i dag store krav til omstilling i helsevesenet i Norge, og det har vært mye debattert hvem som skal lede og hvilken formell kompetanse vedkommende skal ha. Et annet, vesentlig aspekt er at det stilles høye krav til lederes psykologiske kompetanse og personlige egenskaper i utvikling av ressurseffektive og nyskapende løsninger. I prosjektgruppen for vårt foreslåtte kvalitetsforbedringsarbeid tror vi det er nyttig at en med lederposisjon ved sykehjemmet har lederansvaret, da endringene vi vil innføre er av strukturell karakter og vil involvere alle ansatte ved sykehjemmet.

En norsk studie av endringsledelse i helsevesenet viste at de fleste lederne som ble intervjuet hadde begrenset innsikt i hvilke metoder som egnet seg i endringsprosessen. Det som var vanskeligst å håndtere og som fikk mest negative konsekvenser for utvikling av nyskapende løsninger, var samarbeidsforhold preget av skjulte agendaer, mistenksomhet og tolkninger(28). Disse erfaringene kan være interessante for vårt prosjekt. Innføring av nye rutiner for føring og oppdatering av medisinalister er en endring i hele organisasjonens arbeidsmåte. Beskrivelser av metoder for endringsledelse kan være et nyttig arbeidsredskap for prosjektlederen og sykehjemsledelsen i arbeidet med dette prosjektet. Studien viser også at erfarne ledere vektlegger grundig planlegging før et slikt prosjekt iverksetter. Disse samsvarer med prinsippene fra PDSA-sirkelen.

Første oppgave for gruppen er derfor å kartlegge den nåværende rutine. Finnes det noen nåværende retningslinjer og i hvilken grad blir disse fulgt? Videre må det kartlegges hvilken informasjon som blir sendt med pasienten ved innleggelse i sykehus. Hvem gjør hva når pasienten legges inn på sykehuset? Hva skjer når sykehjemslegen ikke er tilstede? Hva skjer når ikke fast ansatt personale er på jobb, om nettene, i helger og ferier? For å gjennomføre kartleggingen av dette kan utarbeiding av «flytskjema» være nyttig. Det skal kartlegges hvilke barrierer mot innføring av ny medisinaliste som finnes ved denne institusjonen. Kan begrensende faktorer være tid, kunnskap eller generelle holdninger hos legen eller pleiepersonalet? I denne prosessen kan det brukes «fiskebeinsdiagram».

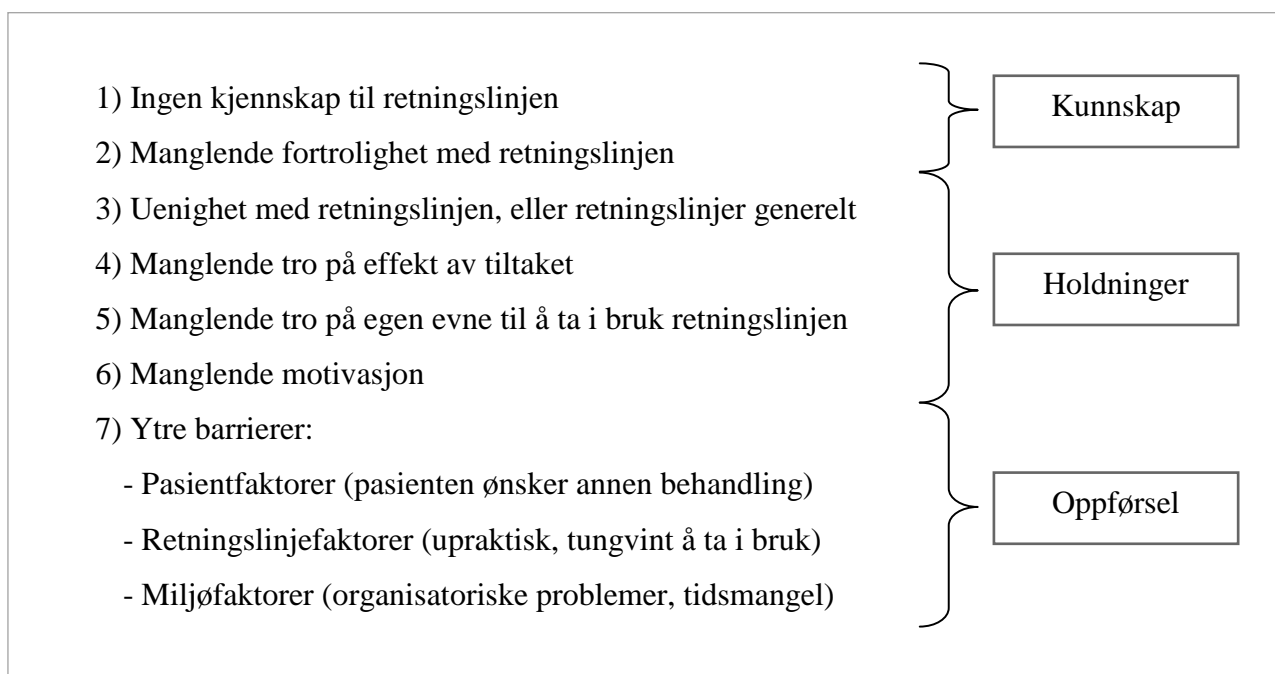


«Fiskebeindiagram» er et verktøy for å kartlegge årsakene til et sammensatt problem for å få en mer helhetlig forståelse av problemet og dermed finne forbedringsområder. Prosessen med å lage et fiskebensdiagram gjøres i et team/gruppe og er en bra metode for å få frem ulike forståelser for årsakene til et problem.

*Implementering generelt – hvordan få til endring?*

Et tiltak som ikke blir skikkelig implementert fører til lite endring og har dermed liten verdi(29). Implementeringen av et tiltak er en sammensatt prosess, og det finnes ingen enkel løsningsformular. Grimshaw et al. undersøkte 41 systematiske oversikter som fokuserte på ulike implementeringsstrategier i forbindelse med kvalitetsforbedring(30). De fant at passive tilnærminger som informasjonsskriv fungerer dårlig og gir liten endring av praksis. Aktive tilnærminger, derimot, som gjennomgang av praksis med tilbakemelding, undervisning i avdelingen og påminnelser har bedre effekt. Implementeringsstrategien, som utarbeides, er avhengig av konteksten, i hvilken tiltaket skal innføres, og de forventede barrierene bør påvirke strategivalge. Effekten av en strategi varierer med konteksten, og ingen enkelt strategi er effektive i alle sammenhenger. Kombinasjon av flere tilnærminger øker effektiviteten(30) .

Når man innfører nye retningslinjer er det en rekke barrierer som kan hindre at retningslinjene tas i bruk. Cabana et al. deler disse barrierene inn i 7 ulike typer(31):



Dette er en generell oversikt over barrierer, og ikke alle disse barrierer har betydning i enhver situasjon. For hvert enkelt tiltak vurderes, hvilke barrierer som kan forventes å få en betydning for implementeringen av nettopp dette tiltaket. Deretter kan implementeringsstrategien tilpasses for lettere å overkomme barrierene.

### *Implementering av MedRec*

Det har vist seg visse barrierer i andres forsøk på implementering av MedRec(1). For det første er

det et problem hvis ingen enkeltperson får klart ansvar for prosessen. Mange blir sittende med litt ansvar hver, hvilket kan forårsake en 'pulverisering' av ansvaret. Det har likeledes vært et problem med manglende eller uklare rutiner om hvordan endring i behandling skal kommuniseres mellom leger og sykepleiere. De ansatte har gitt uttrykk for at de har for lite tid til å gjennomføre MedRec, og at fokus blir overført fra pasienten til et skjema. Det hender også at pasienten ikke er i posisjon til å kunne medbringe en medisinliste, og det kan være vanskelig å fremfinne nøyaktig informasjon. Derutover påpekes det at man må sikre en direkte kobling mellom den originale medisinlisten og legens ordinerings.

Det er noen karakteristika som kjennetegner prosesser som har ført til vellykket implementering av MedRec(1) . Først og fremst bør prosessen være pasientsentrert, blant annet for å unngå at all fokus legges på medisinlisten. Dernest bør prosessen gjøres lett gjennomførbar for alle involverte, og enhver bør føle at han eller hun får noe positivt ut av endringen. Medikamentlisten må være tilgjengelig for legen når det skal utskrives medisiner, dette for å unngå duplikasjoner og interaksjoner. Andre personer som yter helsehjelp bør ha tilgang til listen, og om mulig bør pasienten alltid ha med seg en oppdatert medisinliste.

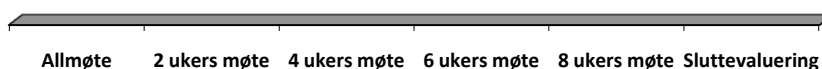
## **5.2 Do**

I denne fasen settes tiltaket ut i praksis. Før tiltaket innføres er det viktig at alle involverte informeres på et allmøte. Det må informeres grundig om kunnskapsgrunnlag, prosjektgruppen og utarbeidning av de nye rutiner. Begrunnede innspill fra forsamlingen tas til etterretning. Det er viktig at hver enkelt skjønner hvilke spesifikke endringer som vil påvirke deres arbeidsdag. For sykehjemslegene betyr tiltaket noe ekstra arbeidsbelastning ved starten av prosjektet. Legene må systematisk legge inn medikamentlistene. Medvirkende til positiv vilje og motivasjon fra legenes side vil være at sykehjemsledelsen vektlegger viktigheten av tiltaket. Ledelsen bør prioritere legenes arbeidsoppgaver i denne perioden slik at det er gjennomførbart å oppdatere alle medisinlistene. Vi foreslår at gruppen i samarbeid med sykehjemslegene setter en frist for når medisinliste for alle pasientene skal være ferdig innført i journalsystemet, for eksempel etter 4 uker. En måte å gjøre dette på kan være at hver lege tar for seg medisinlisten til 2-3 pasienter daglig.

Etter hvert som medisinlistene blir tatt i bruk, skal vakthavende sykepleier ha ansvar for at medisinlista blir printet ut når en pasient innlegges på sykehus. Dette må det informeres grundig om på det første allmøte, samt gjentas på senere MedRec-møter. For å minne sykepleier på at dette skal gjøres, kan prosjektgruppen sørge for at det henges opp plakater ved deres arbeidsstasjon.

Prosjektet gjennomføres i en begrenset tidsperiode på ca 8 uker. Innen den tid har personalet hatt tid til å ta i bruk og venne seg til de nye rutinene. Vi mener at såpass lang tid må til for at pasientgrunnlaget skal nå en viss størrelse så vi kan vurdere om innføringen av tiltaket har vært vellykka. Samtidig er det essensielt at tidsrammen er relativt kort, slik at de involverte ikke skal miste motivasjonen i løpet av prosjektets forløp. Regelmessige møter med diskusjon av fremgang i løpet av de 8 ukene vil medvirke til å opprettholde motivasjonen. Her er det viktig med et miljø der en kan lufte problemer som måtte oppstå i prosessen.

### Tidsakse for implementering av MedRec på Smedstadhjemmet



### 5.3 Study

Hensikten med denne fasen er å undersøke om vi har nådd de mål som ble satt. Dette gjøres ved å evaluere prosjektet basert på indikatorene. De første 4 ukene måles andelen av pasienter som har tilfredsstillende medikamentliste. Prosjektleder har ansvar for at dette gjøres, samt å kalle inn til prosjektgruppemøte dersom legene har problemer med innføringsarbeidet. Når alle medisinalistene er innført kan en gå over til å bruke denne indikatoren hver andre uke til prosjektslutt. Vi ønsker også å kontrollere hvor stor andel av pasientenes medisinalister som skrives ut ved innleggelse i sykehus. De første ukene må resultatene av denne indikatoren sees i sammenheng med hvor stor andel av pasientene som har fått innført medisinaliste. Resultatene omgjøres til prosent og offentliggjøres annenhver fredag på morgenmøtet, slik at de involverte vil få et inntrykk av den konkrete måloppnåelse. Graf som viser fremgangen til prosjektet bør henge på pauserommet. Om resultatene viser en positiv trend, kan man bestille kake til de ansatte. Dette håper vi kan bringe positiv stemning hos leger og pleiepersonnell samt bevare engasjementet i hele 8 ukersperioden. Vi håper også at oppmøte av sykehjemsledelsen og motivasjonstale fra prosjektleder vil kunne bidra til dette.

Etter innføringsperioden på 8 uker vurderer prosjektgruppen resultatene. Det må bestemmes om disse er tilfredsstillende eller om det trengs mer tid for å oppnå målsetningene. Resultatene legges frem på et allmøte for den involverte avdelingen. I samme prosess er det ønskelig å få frem hvordan hver enkelt medarbeider opplever endringene som har skjedd. Er systemet tungvint? Følges

prosedyren? Er det noen praktiske problemer?

#### 5.4 Act

Basert på de tall indikatoren gav oss og medarbeidernes erfaringer kan man avgjøre hva man videre skal gjøre med prosjektet. Viss man velger å gjøre ytterligere endringer kan man bruke PDSA sirkelen på ny. Er resultatene nedslående kan man imidlertid velge å gå tilbake til gamle rutiner.



## 6. Evaluering og diskusjon

Gjennom arbeidet med denne oppgaven, har vi funnet god evidens for at vi har tatt for oss et område med betydelig forbedringspotensial. Både internasjonale og nordiske studier, rapporter fra norske myndigheter, samt undersøkelsene vi selv har gjort, peker i samme retning. At det jobbes med dette temaet internasjonalt (WHO/IHI), nasjonalt (samhandlingsreformen; kjernejournal) og lokalt (Oslo kommune; felles medisinsliste og mal for innleggelsesskriv), er også sterke indisier på at det er et gap mellom gjeldende kunnskap og praksis innen dette området. Samtidig må vi være forsiktige med å generalisere forskningsresultater fra andre kontinent, land og kulturer. Vi har funnet få studier fra Norge. Det vi har funnet om norske forhold er stort sett rapporter utarbeidet av eller for norske myndigheter, som i liten grad oppfyller kravene til evidensbasert forskning. Resultatene fra vår egen lille kartlegging av forholdene ved tre norske sykehus og fire norske sykehjem var noe tvetydig. Vi opplevde at flere av sykehuslegene vi snakket med, betvilte at uønskede hendelser på grunn av feilmedisinering forekom på deres sykehus. Sett i lys av forskningen, kan vi mistenke at dette ikke er et tegn på at problemet ikke eksisterer, men snarere et tegn på manglende bevissthet hos helsepersonell. Dybdeintervjuene med praksiskoordinatorer, samt erfaringer fra gruppemedlemmer som har arbeidet ved de samme sykehusene, peker i retning av at problemet eksisterer også i det norske helsevesenet. På et internasjonalt plan er forskningen entydig

om at problemet eksisterer ved alle situasjoner hvor pasienter overflyttes mellom ulike nivå i helsetjenesten, og at MedRec er et effektivt tiltak. Det er grunn til å tro at innføring av MedRec, eventuelt med tilpasning til lokale forhold, vil gi tryggere helsetjenester også i Norge. Likevel er mangelen på kunnskap om lokale forhold en faktor som taler imot innføringen vårt tiltak. Skulle man finne at argumentene for er sterkere, kan en notorisk overvåking av prosjektet med prosess- og resultatindikatorene, muligens veie opp for den initiale kunnskapsmangelen.

Med disse forbeholdene, vil vi nå diskutere den potensielle nytten av vårt tiltak i lys av WHO's definisjon av kvalitet i helsetjenesten, som også det norske Helsedirektoratet benytter.

En god helsetjeneste har følgende kjennetegn(32):

- virkningsfull
- trygg og sikker
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressurser på en god måte
- tilgjengelig og rettferdig fordelt

Vi snakker her om *helsetjenesten* i betydning sykehjemmet der vi ser for oss at prosjektet skal gjennomføres.

*Vil dette prosjektet gjøre helsetjenesten mer virkningsfull?*

I en virkningsfull helsetjeneste fattes beslutninger om behandling ut fra pålitelig kunnskap om effekt av tiltaket. For at en beslutning om behandling skal være virkningsfull, må det forutsettes at beslutningen fattes på bakgrunn av korrekte opplysninger, samt at beslutningen blir fulgt opp på alle nivåer av helsevesenet hvor pasienten mottar behandling. Vår gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget har vist at beboere på sykehjem, også i Norge, ikke alltid får de riktige medisinene. Vi har funnet rapporter som peker på at dette i stor grad skyldes systemproblemer på sykehjemmene. Vi har også funnet evidens for at overføring til et annet nivå i helsevesenet, for eksempel ved sykehusinnleggelse, øker risikoen for ADE på grunn av medisineringsfeil.

Innføring av MedRec på sykehjemmet vil føre til bedre oppdaterte medisinlister, og dermed redusere risikoen for at sykehjemsbeboerne mottar behandling som ikke har den tilsiktede virkning, både på sykehjemmet og ved sykehusinnleggelse. På denne måten kan tiltaket gjøre helsetjenesten mer virkningsfull.



*Vil dette prosjektet gjøre helsetjenesten mer trygg og sikker?*

I Norge er det stipulert at uheldige hendelser fører til 2000 dødsfall og 15.000 skader i året. De 154 dødsfall i Meldesentralens årsrapport er bare toppen av isfjellet, hevder professor Hjort i en artikkel i Tidsskrift for den Norske Legeforening fra 2006(33).

Internasjonal forskning viser at innføring av MedRec fører til signifikant færre ADE som følge av medisineringsfeil. Ut fra kunnskapsgrunnlaget er det klart at innføringen av et enkelt system der sykehjemsbeboere som legges inn på sykehus alltid har med en oppdatert medisinliste, vil gi færre ADE hos denne pasientgruppen.

*Vil dette prosjektet føre til at helsetjenesten i større grad involverer brukerne og gir dem innflytelse?*

Dette er ikke primært et mål for vårt tiltak. Man kan likevel tenke seg at sykehjemsbeboere med god kognitiv funksjon kan ha glede av å ha et eksemplar av sin oppdaterte medisinliste, og på denne måten være medansvarlig for sin egen medikamentelle behandling, både på sykehjemmet og ved eventuell innleggelse i sykehus.

*Vil dette prosjektet gjøre helsetjenesten mer samordnet og preget av kontinuitet?*

Forskningen vi har gått gjennom tyder på at overføring mellom ulike nivå i helsevesenet er et sårbart punkt i behandlingskjeden, hvor pasienter er spesielt utsatt for uønskede uheldige hendelser. Som vi har diskutert gjennom oppgaven, anbefaler IHI at ved innføring av MedRec bør man starte på ett enkelt punkt for informasjonsoverføring, for så å bygge videre på erfaringene herfra når man senere overfører tiltaket til andre deler av helsetjenesten. Vi har valgt å sette fokus på overføringen mellom sykehjem og sykehus ved en innleggelsessituasjon. Bakgrunnen for at vi valgte dette nivået er til dels gruppemedlemmenes egne erfaringer fra arbeid i akuttmottak på lokalsykehus. Flere i gruppen erfarte at det ble brukt mye tid på å få tak i medisinlister til sykehjemspasienter, og at det ofte var usikkerhet om listen var oppdatert eller ikke. En annen grunn for valget av dette nivået av helsetjenesten er, som nevnt tidligere i oppgaven, at samarbeidet mellom to institusjoner (sykehjem og sykehus) er et mer oversiktlig og gjennomskiktig system enn for eksempel sykehus-fastleger eller sykehus-hjemmetjeneste.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi fått informasjon som tyder på at informasjonsflyten ved utskrivelse av geriatrike pasienter er et område hvor det er stort rom for kvalitetsforbedring i det norske helsevesenet. Særlig ved utskrivelse til hjemmetjeneste eller fastlege er det et stort behov for bedre systemer. Vi mener det kan være fordelaktig å først innføre et tiltak på det nivået hvor det kan være enklest å skape, og måle, en forbedring. Da kan man opparbeide seg erfaring før man eventuelt velger å innføre tiltaket i nivåer hvor det er mer uoversiktlig og utfordrende.

*Vil dette prosjektet bidra til at helsetjenesten utnytter ressurser på en god måte?*

Innføringen av dette tiltaket vil i oppstartsfasen medføre en del kostnader. Hovedkostnaden vil være til programmering av en ny elektronisk medisinliste. Det vil derfor være gunstig om sykehjemmet kan bruke den elektroniske medisinlisten som Oslo kommune er i ferd med å utvikle, eventuelt med noen justeringer. Det vil også kreve noe ressurser å frigi personale til arbeid i prosjektgruppen. Andre utgifter vil for eksempel være opplæring av personale og studiemateriell/kursing av prosjektgruppen.

Vi tror at likevel at tiltaket på sikt vil ha gunstige effekter også økonomisk, fordi god kvalitet som regel lønner seg. Vi ser for oss at sykehjemmet kan spare tid ved innleggelser til sykehus, da det ikke vil være usikkerhet om hvor medisinlisten er og om den er oppdatert. Systemet er enkelt, slik at også ufaglærte vikarer kan skrive ut rett liste.

Tiltaket vil også kunne ha gunstige effekter også på andre nivå i helsevesenet. I akuttmottaket vil man spare tid, da oppdatert medisinliste alltid følger pasienten. På sikt kan tiltaket, dersom effekten er så god som forskningen antyder, føre til færre ADE, og dermed færre liggedøgn for pasienten, samt redusert morbiditet og mortalitet.

Dette blir formulert på en bra måte i *Nasjonal strategi for forbedring i helsetjenesten* fra 2005:

”Selve tiltaket koster noe, men å gjøre feilen og konsekvensen feilen fører med seg, koster mer. Tiltakene reduserer derfor kostnaden og hever samtidig kvaliteten på tjenesten. God kvalitet skal lønne seg i en samfunnsøkonomisk sammenheng.”

*Vil dette prosjektet gjøre helsetjenestene mer tilgjengelige og rettferdig fordelt?*

Geriatriske pasienter er mer utsatt for feilbehandling enn andre befolkningsgrupper(11). Ved å rette fokus på medisinforskrivning til denne gruppen, og innføre rutiner som senker forekomsten av ADE, kan man forhåpentligvis bedre disse forholdene. Gode systemer sikrer lik behandling av alle pasienter.

***Konklusjon: Bør tiltaket gjennomføres på Smedstadhjemmet?***

Ut fra det vi har kommet fram til i denne oppgaven, tror vi sykehjemmet ville ha stor gevinst av å innføre vårt tiltak. Samtidig ser vi at det finnes praktiske hindringer for gjennomføringen. Vi tror det er en realistisk løsning om sykehjemmet tar i bruk ny mal for elektronisk medisinliste som utvikles av Oslo kommune, og samtidig innfører MedRec som en metode for å holde denne lista kontinuerlig oppdatert. Da unngår de den store kostnaden og tidsbruken ved selv å designe og få

programmert en ny elektronisk medisinliste. Det ville være nyttig å måle ved hjelp av våre foreslåtte indikatorer om det nye systemet fører til bedre informasjonsflyt mellom sykehjem og sykehus, samt færre ADE. Vi mener også det er større sannsynlighet for at tiltaket vil lykkes dersom de tar i bruk våre forslag til implementering.

Dersom tiltaket har god effekt, kan prosjektgruppen vurdere å publisere en rapport, slik at andre sykehjem kan bli inspirert til å innføre liknende tiltak.

## 7. Referanser

- (1) <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/35215AA9-6572-40C1-9333-80F895A5A8D2/0/FAQforreconcilingmedicationsv05.doc>.  
<http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/35215AA9-6572-40C1-9333-80F895A5A8D2/0/FAQforreconcilingmedicationsv05.doc> . 2009.

Ref Type: Online Source

- (2) Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Archives of Internal Medicine 2005 Feb 28;165(4):424-9.
- (3) Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. [Review] [25 refs]. CMAJ Canadian Medical Association Journal 2005 Aug 30;173(5):510-5.
- (4) Christensen HR, Krolner BK. [Medication problems in connection with transferral between sectors]. [Danish]. Ugeskrift for Læger 2009 Mar 2;171(10):808-11.
- (5) Evans RS, Classen DC, Stevens LE, Pestotnik SL, Gardner RM, Lloyd JF, et al. Using a hospital information system to assess the effects of adverse drug events. Proceedings - the Annual Symposium on Computer Applications in Medical Care :161-5, 1993 1993;161-5.
- (6) Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP. Adverse drug events in hospitalized patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality.[see comment]. JAMA 1997 Jan 22;277(4):301-6.
- (7) Lesselroth BJ, Felder RS, Adams SM, Cauthers PD, Dorr DA, Wong GJ, et al. Design and implementation of a medication reconciliation kiosk: the Automated Patient History Intake Device (APHID). Journal of the American Medical Informatics Association 2009 May;16(3):300-4.
- (8) Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. Quality & Safety in Health Care 2006 Apr;15(2):122-6.
- (9) Wortman SB. Medication reconciliation in a community, nonteaching hospital. [Review] [16 refs]. American Journal of Health-System Pharmacy 2008 Nov 1;65(21):2047-54.

- (10) Agrawal A, Wu WY. Reducing medication errors and improving systems reliability using an electronic medication reconciliation system. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety* 2009 Feb;35(2):106-14.
- (11) Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, DeBellis KR, Seger AC, et al. Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004 Aug;52(8):1349-54.
- (12) Frei P, Huber LC, Simon RW, Bonani M, Luscher TF. Insufficient medication documentation at hospital admission of cardiac patients: a challenge for medication reconciliation. *J Cardiovasc Pharmacol* 2009 Sep 4.
- (13) Myhr R, Kimsas A. [Medication errors when transferring within health care services]. [Norwegian]. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 1999 Mar 20;119(8):1087-91.
- (14) Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester. *Helsetilsynet*; 2002 Nov.
- (15) Midlov P, Bergkvist A, Bondesson A, Eriksson T, Hoglund P. Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care. *Pharmacy World & Science* 2005 Apr;27(2):116-20.
- (16) Bakken K, Larsen E, Lindberg PC, Rygh E, Hjortdahl P. [Insufficient communication and information regarding patient medication in the primary healthcare]. [Norwegian]. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2007 Jun 28;127(13):1766-9.
- (17) Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality & Safety in Health Care* 2006 Apr;15(2):122-6.
- (18) Wortman SB. Medication reconciliation in a community, nonteaching hospital. [Review] [16 refs]. *American Journal of Health-System Pharmacy* 2008 Nov 1;65(21):2047-54.
- (19) Schnipper JL, Hamann C, Ndumele CD, Liang CL, Carty MG, Karson AS, et al. Effect of an electronic medication reconciliation application and process redesign on potential adverse drug events: a cluster-randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 2009 Apr 27;169(8):771-80.
- (20) Terrell KM, Brizendine EJ, Bean WF, Giles BK, Davidson JR, Evers S, et al. An extended care facility-to-emergency department transfer form improves communication.[see comment]. *Academic Emergency Medicine* 2005 Feb;12(2):114-8.
- (21) [http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?\\_pageid=134,67714&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_piref134\\_67727\\_134\\_67714\\_67714.artSectionId=252&\\_piref134\\_67727\\_134\\_67714\\_67714.articleId=538234](http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134,67714&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref134_67727_134_67714_67714.artSectionId=252&_piref134_67727_134_67714_67714.articleId=538234). 2009.

Ref Type: Online Source

- (22) [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00043/Utdredning\\_om\\_elektro\\_43629a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00043/Utdredning_om_elektro_43629a.pdf). 2009.

Ref Type: Online Source

- (23) <http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/Assuring-Medication-Accuracy-Transitions-Care.pdf>. 2009.

Ref Type: Online Source

- (24) Schreiner A. Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis. 2004. 2004. Oslo, Den norske legeforening.

Ref Type: Edited Book

- (25) [www.ogbedreskaldetbli.no](http://www.ogbedreskaldetbli.no). 2009.

Ref Type: Online Source

- (26) Lynn J, Nolan K, Kabcenell A, Weissman D, Milne C, Berwick DM, et al. Reforming care for persons near the end of life: the promise of quality improvement. *Annals of Internal Medicine* 2002 Jul 16;137(2):117-22.
- (27) Mjell J, Hjortdahl P. [Local groups as a tool for quality assurance of community health services]. [Norwegian]. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2001 May 30;121(14):1707-9.
- (28) Skogsaas BP, Svendsen MV. [Leadership and change processes in hospitals]. [Norwegian]. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2006 Nov 30;126(23):3084-7.
- (29) Shojania KG, Grimshaw JM. Evidence-based quality improvement: the state of the science. *Health Affairs* 2005 Jan;24(1):138-50.
- (30) Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care* 2001 Aug;39(8:Suppl 2):Suppl-45.
- (31) Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement.[see comment]. [Review] [111 refs]. *JAMA* 1999 Oct 20;282(15):1458-65.
- (32) Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
- (33) P F Hjort. Helsetjenesten mot år 2030 - tanker om utfordringene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1, 126-132. 2006.

Ref Type: Magazine Article

## 8. Vedlegg

### Vedlegg 1

Vi søkte i PubMed , Cochrane Library og Clinical evidence

PubMed: Limits: published last 10 years. Vi brukte søkerordene

“medication reconciliation” og fikk 203 treff.

“medication reconciliation” med limit: metaanalysis, gav ingen treff.

”improving medication reconciliation” gav 15 treff.

“medication reconciliation AND effect” gav 14 treff.

“medication reconciliation AND adverse drug effect” gav 8 treff.

“adverse drug events” med limits: metaanalysis gav hele 1363 treff.

“eliminating adverse drug effect” gav 234 treff og få relevante studier.

“admission nursing home medication” gav 115 treff.

“medication reconciliation to admission hospital” gav 45 treff.

“admission to hospital from nursing home” gav 6 treff.

“nursing home” AND “admission” AND “medication” gav 116 treff.

“admission” AND “medication errors” gav 189 treff

“emergency room” AND “medication errors” gav 120 treff

“emergency department” AND “medication reconciliation” gav 8 treff.

Cochrane library:

“medication reconciliation” gav 2 metaanalyser, men begge var irrelevante. Det gav 8 kontrollerte studier, men ingen av disse var relevante.

”improving medication reconciliation” gav 2 treff på metaanalyser, begge irrelevante.

“medication reconciliation AND effect” gav 2 treff på metaanalyser, hvorav den ene var relevant.

“medication reconciliation AND adverse drug effect” gav samme treff på metaanalyser som overstående søk.

“adverse drug events” gav 3351 treff på metaanalyser.

“eliminating adverse drug effect” gav 345 metaanalyser.

Clinical evidence:

“medication reconciliation” gav ingen treff.

”improving medication reconciliation” gav ingen treff.

“medication reconciliation and effect” gav ingen treff.

“medication reconciliation and adverse drug effect” gav ingen treff.

“adverse drug events” gav 364 treff.

“eliminating adverse drug effect” gav 8 treff, men ingen relevante.

**Vedlegg 2:** Intervju med assistentlege Herlof H. Herlofsen ved Diakonhjemmet sykehus:

*a) Er det et problem at man enkelte ganger ikke vet hvilke faste medisiner pasienter som legges inn fra sykehjem bruker?*

Ja initialt, men hvis medisinlisten mangler så for vi som regel tilsendt medisinlisten via faks fra sykehjem eller vi ringer sykehjemmet (sykepleier akuttmottak) slik at vi har medisinlisten.

*b) Isåfall, skjer dette sjeldent (under halvparten av innleggelser), ved omtrent halvparten av innleggelsene, eller ofte (hyppigere enn ved halvparten av innleggelsene)?*

Etter min mening under halvparten men det varierer men mitt inntrykk kan være feil.

*c) Har dere inntrykk av at manglende informasjon om pasientenes faste medisiner fører til feil medisiner, og evt. uønskede hendelser som følge av*

*feilmedisinering?*

Som sagt etter min erfaring får vi medisinlisten relativt rask (innen 1 h) men ved akutte hendelser (f.eks. lungeødem) har vi nok ofte ikke medisinlisten. Om dette fører til feil/uønskete hendelser er det vanskelig å svare på. Jeg tror ikke jeg har sett det på mine vakter at det direkte har oppstått et problem fordi jeg ikke viste om medisiner, men tildels har pasienter vært f.eks. overdosert spesielt ved f.eks. dehydrering fra sykehjem.

*d) Har dere positive eller negative erfaringer å dele rundt dette temaet?*

*Syns dere kommunikasjonen med sykehjem fungerer greit? Hva kunne eventuelt gjøres annerledes?*

Som sagt akutte ting da mangler ofte medisinlisten. Jeg vet ikke hvor "godt" rutinene på sykehjem er men kvaliteten varierer i allefall betydelig.

Hva som kan gjøres annerledes er f.eks. å innføre ett "kort" som kan oppdateres som alltid skal følge med pasienten som f.eks. Marevankort eller via Data (f.eks. Chip).

*e) Har dere utarbeidet retningslinjer/mal i samarbeid med sykehjemsansatte som forteller hva dere vil sykehjemspasientene skal ha med av informasjon om medisiner/medisinbruk ved innleggelse hos dere?*

Ikke det jeg vet om.

**Vedlegg 3:** Intervju med Benedicte Berle Broch, legestudent med lisens i akuttmottaket ved Bærum Sykehus:

*a) Er det et problem at man enkelte ganger ikke vet hvilke faste medisiner pasienter som legges inn fra sykehjem bruker?*

Alle pasienter som legges inn fra et av sykehjemmene i Bærum kommune, har alltid med seg en oppdatert og oversiktlig medisinliste, så det er aldri noe problem. Pasienter som legges inn fra Asker og andre kommuner, har ikke alltid med seg noen medisinliste, og det byr på problemer når jeg må bruke tid på å ringe til sykehjemmet for å få korrigert eller bekreftet medisinene som pasienten eller dens pårørende har oppgitt. Risikoen ved å feilmedisinere er så stor, at jeg har problemer med å legge inn pasienten før jeg har en oversikt over hvilke medisiner pasienten tar, så kjenner jeg ikke helt sikkert til hvilke faste medisiner pasienten tar, byr det på tidsmessige og praktiske problemer, ja.

*b) I så fall, skjer dette sjeldent (under halvparten av innleggelser), ved omtrent halvparten av innleggelser, eller ofte (hyppigere enn ved halvparten av innleggelser)?*

Heldigvis skjer dette i godt under halvparten av innleggelser.

*c) Har dere inntrykk av at manglende informasjon om pasientenes faste medisiner*

*fører til feil medisinerings, og evt. uønskede hendelser som følge av feilmedisinering?*

Det skjer helt sikkert en del feilmedisinering. Men jeg kan bare snakke for meg selv; jeg frykter nettopp feilmedisinering, så de få gangene det skjer at jeg mangler medisinliste, har jeg, eller en annen, klart å skaffe oss en medisinliste snarest.

*d) Har dere positive eller negative erfaringer å dele rundt dette temaet?*

*Syns dere kommunikasjonen med sykehjem fungerer greit? Hva kunne eventuelt gjøres annerledes?*

Jeg har hatt et par negative erfaringer med å ringe til sykehjem for å etterspørre hvilke medisiner en pasient bruker. Det blir veldig fort misforståelser når man skal ha denne informasjonen muntlig. Det bør fakses over i stedet for, eller aller helst sendes med en medisinliste slik de er flinke og gjør i Bærum kommune!

*e) Har dere utarbeidet retningslinjer/mal i samarbeid med sykehjemsansatte som forteller hva dere vil sykehjemspasientene skal ha med av informasjon om medisiner/medisinbruk ved innleggelse hos dere?*

Ikke så vidt jeg vet.

**Vedlegg 4:** Intervju med Pernille Bruusgaard, lege ved Smestadhjemmet sykehjem.

*1) Har dere retningslinjer/et system for hva som skal være med av medisininformasjon når en sykehjemsbeboer legges inn i sykehus? Hvordan gjør dere dette?*

- vakthavende sykepleier kopierer medisinkort, henvisning/siste journalnotat og spl.rapport som sendes med pasienten.

*2) Hvem har ansvaret for at medikamentinformasjonen sendes med beboeren? til daglig? på kveldstid/natt? helger/ferier?*

- vakthavende sykepleier evt hjelpepleier ved avd.

*3) Tror dere det forekommer at pasienter fra deres sykehjem legges inn i sykehus uten tilstrekkelig informasjon når det gjelder deres medisinbruk?*

- ja.

*Evt. hvor ofte?*

- aner ikke...

*4) Hvilke erfaringer har dere rundt dette temaet? Syns dere det fungerer?*



- det faste personalet er ganske flinke til dette, men bruk av mange vikarer gjør at rutinene svikter iblant.

*5) Når pasienten utskrives fra sykehus og kommer tilbake til sykehjemmet:*

*Syns dere at dere har informasjonen dere trenger for å gi "riktige" medisiner med en gang?*

- altfor ofte rotete og utydelige medisinlister ved overflytting!

*Er det et problem med lang epikrisetid?*

- vi må ofte ringe og etterlyse epikrisen.

*Har pasienten evt. med en medisinliste før epikrisen kommer?*

- av og til.

# Vedlegg 5

Medikamentliste fra Bærum



## Godkjente og delvis godkjente medisiner

Side: 3/4  
Dato: 03.11.2009

Fødselsnr:

### Prednisolon nycomed tab 5mg

Døgnskjema	Start: <b>05.10.2009</b>			Slutt:		Status: <b>Godkjent</b>	
	Merknad: <b>&lt;ingen&gt;</b>					Enhet: <b>tablett</b>	
Morgen	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
Middag							
Aften							
Natt							
	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50

### Arcoxia tab 90mg

Døgnskjema	Start: <b>16.10.2009</b>			Slutt:		Status: <b>Godkjent</b>	
	Merknad: <b>&lt;ingen&gt;</b>					Enhet: <b>tablett</b>	
Morgen	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Middag							
Aften							
Natt							
	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

### Durogesic depotplast 25mcg/t

Intervalldosering		Start: 19.10.2009	Slutt:	Status: Godkjent
		Merknad: <ingen>		Enhet: plaster
1,00 plaster, 1 hvert 3dje døgn (kl 07:00)				

### Apocillin tab 660mg

Døgnskjema	Start: <b>26.10.2009</b>			Slutt:		Status: <b>Delvis godkjent</b>	
	Merknad: <b>&lt;ingen&gt;</b>					Enhet: <b>tablett</b>	
Morgen	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Middag	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Aften	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Natt	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00

### Vival tab 2mg

Eventuell	Start: 28.01.2008	Slutt:	Status: Godkjent
	Merknad: <ingen>		Enhet: tablett
1 tablett (inntil 3 tablett per Døgn/minimum 6 timer mellom hver dosering)			